ITEM 040 : ALGIE PELVIENNE DE LA FEMME

DOULEUR PELVIENNE AIGUË

Douleur **pelvienne** évoluant depuis **< 1 mois** (3 mois pour certains auteurs), souvent d'apparition brutale/rapide, localisée en **hypogastre**, **fosse iliaque droite** et/ou **fosse iliaque gauche** : potentielle gravité, prise en charge rapide.
- « Algie pelvienne » = toute douleur de la région pelvienne, spontanée/provoquée : atteinte gynéco/digestive/urinaire/rhumato.
- Origine de la douleur non retrouvée dans 25-50 % des cas.
➞ 4 diagnostics à évoquer en priorité : **GEU**, **torsion d'annexe**, **infection génitale haute** et **appendicite aiguë.**
Sinon, évoquer rapidement : **rupture hémorragique** de kyste ovarien, **nécrobiose aseptique** de fibrome, **fausse couche spontanée** ou **syndrome d'hyperstimulation** ovarienne (en contexte d'AMP).

PHYSIOPATH	**3 voies efférentes principales en jeu** : - *Plexus pelvien* : (vagin, col et isthme utérins, ligaments utérosacrés, culs-de-sac recto-utérin, bas uretère, trigone vésical, rectosigmoïde) → douleur sacrée ou périnéale. - *Plexus hypogastrique* (corps utérin, tiers proximal des trompes, ligament large, calotte vésicale) : douleur hypogastrique → douleur hypogastrique. - *Plexus aortique* (ovaire, portion distale des trompes, uretères rétro-ligamentaires) → douleur en fosse iliaque, flancs et fosses lombaires.	
ÉTIOLOGIES	**Secondaires à la grossesse**	- **GEU** : À éliminer devant toute DPA de la femme en âge de procréer (βHCG+++) : • Retard de règles, signes de grossesse (nausées, tension mammaire), FDR (tabac, AMP, IGH…) • Métrorragie, douleur pelvienne latéralisée, masse latéro-utérine, contracture. • Écho : utérus vide, masse latéro-utérine, épanchement pelvien, voire sac et embryon ectopique. • Chirurgie en urgence en cas d'instabilité hémodynamique. - **Fausse couche spontanée** (FCS) : métrorragies d'abondance variable, douleur pelvienne à type de colique expulsive, décroissance du taux d'hCG en 48 heures, à l'échographie = expulsion du sac embryonnaire, parfois résidus intra-utérins. - **Rétention post-fausse couche.** - **Endométrite** du post-partum ou du post-abortum. - **Complication de corps jaune gestationnel** (hémorragique ou kyste du corps jaune et ses complications).
	Causes infectieuses	- **Infection génitale haute** (salpingite, endométrite, pelvipéritonite, abcès tubo-ovarien) : • FDR d'IST (rapports non-protégés, partenaires multiples), gestes endo-utérins récents. • Douleurs pelviennes +modérées/insidieuses, fièvre, leucorrhée purulente ± métrorragie, douleur à la mobilisation utérine, empâtement douloureux des culs-de-sac latéro-vaginaux, défense, douleur à l'hypochondre droit (périhépatite). • TTT médical si forme non compliquée (ATB), drainage de collection si forme compliquée. - **Pyélonéphrite aiguë, IU basse.**
	Causes annexielles	- **Torsion d'annexe** : terrain de kyste ovarien connu : • Syndrome abdominal aigu (douleur brutale, intense, latéralisée, avec défense et vomissements), position antalgique en chien de fusil, douleur latéro-utérine au TV. • Échographie doppler = pathologie annexielle, volumineux kyste ovarien ± arrêt des flux. • Cœlioscopie en urgence diagnostique et thérapeutique. - **Rupture hémorragique de kyste** : antécédent de kyste ovarien, douleur brutale, intense, avec défense abdominale/contracture, douleur au TV et du cul-de-sac de Dougas, instabilité hémodynamique. - **Dysovulation.**
	Secondaires à la présence d'un fibrome	- **Nécrobiose** de fibrome. - **Torsion** d'un myome sous-séreux pédiculé. - **Accouchement** d'un myome sous-muqueux par le col utérin.
	Causes urologiques	- Colique néphrétique. - Pyélonéphrite aiguë, IU basse.
	Causes digestives	- **Appendicite aiguë.** - **Sigmoïdite.** - Occlusion digestive.
	Causes rares	- Sacro-iléite bactérienne. - Ostéite. - Anévrisme de l'artère iliaque. - Infection d'un kyste de l'ouraque.
C	**Interrogatoire**	**Caractéristiques de la douleur :** - Caractère aigu, chronique ou cyclique : ici, souvent récente et d'évolution rapide. - Type de douleur : coup de poignard, torsion, colique, irradiation, position antalgique… - Intensité : . Très intense : torsion d'annexe. . Modérée : infection génitale haute. - Mode de début : . Progressif : infection génitale haute, appendicite aiguë. . Brutal : rupture ou torsion de kyste ovarien, rupture de GEU. - Évolution (brève si complication de kyste, prolongée si IGH).
	Interrogatoire	- Topographie (peu spécifique) : • Douleur unilatérale : en faveur d'une pathologie annexielle. • Douleur pelvienne diffuse : infection génitale haute. • Douleur avec irradiation lombaire : origine urologique, torsion d'annexe. • Douleur avec scapulalgie : épanchement péritonéale (rupture tubaire de GEU).

PC		**Signes associés :** - Métrorragies : fausse couche, GEU, possible en cas d'infection génitale haute (50 % des cas). - Syndrome fébrile : appendicite aiguë, infection génitale haute, pyélonéphrite. !! L'absence de fièvre est fréquente en cas d'infection génitale haute. - SFU : origine urologique, infection génitale haute (urétrite associée). - Ténesme rectal en cas d'IGH : Abcès tubo-ovarien (ATO). - Nausées et vomissements aspécifiques. - Signes sympathiques de grossesse. - **Date des dernières règles, antécédents** (gynéco, obstétricaux, chirurgicaux), **contraception.** - **Facteurs de risques :** • D'infection génitale haute : antécédent d'IST, 1er rapports sexuels précoces, grand nombre de partenaires sexuels, manœuvre endo-utérine récente. • De GEU : antécédent de GEU, de salpingite, de chirurgie tubaire, tabagisme, DIU. • De torsion d'annexe (rarement sur annexe saine) : kyste ovarien connu.
	Examen Physique	- **Retentissement hémodynamique : Instabilité hémodynamique** (signe de gravité : tachycardie précédant l'hypotension) évoque un hémopéritoine sur rupture hémorragique de kyste ovarien ou sur rupture de GEU : *prise en charge chirurgicale en urgence* ± après échographie si l'état le permet. - **Palpation abdominale :** Irritation/défense péritonéale : rupture de GEU, torsion d'annexe, infection génitale haute compliquée (abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite), appendicite (++si FID). - **Examen gynécologique.** - Examen au spéculum : • Leucorrhées et/ou cervicite : infection génitale haute (peuvent être absents), 50 % des IGH avec leucorrhées masquées par des métrorragies ++. • Métrorragies. - Touchers pelviens (TV + TR) : signes d'infection génitale haute (douleur à la palpation/mobilisation utérine), masse latérale (kyste ovarien), utérus bosselé augmenté de taille (fibrome), Appendicite aiguë : Douleur latéralisée à droite au TV.
	Biologie	- **βHCG :** Test d'hCG urinaire qualitatif : peut être utile en 1er lieu (bonne sensibilité, bonne spécificité, coût faible). - Dosage d'hCG quantitatif = indispensable chez toute femme en période d'activité génitale : oriente vers une GEU ou une cause obstétricale en cas de positivité. - **NFS : .** Hyperleucocytose : appendicite, IGH (surtout compliquée), nécrose, rarement torsion d'annexe. **.** Anémie : hémopéritoine, si rupture de kyste/GEU. - **CRP** : ↗ si appendicite, infection génitale haute (élévation importante si compliquée). - **Bilan préopératoire** (groupe/Rh, RAI, TP/TCA, fibrinogène) si suspicion de GEU rompue/torsion d'annexe/sepsis sévère sur IGH ➔ prise en charge chirurgicale rapide.
	Bactériologie	- Prélèvements vaginaux et endocervicaux (indispensable si suspicion d'IGH) : recherche de gonocoque, Chlamydia, mycoplasme. - Ablation et examen bactériologique de DIU : recommandée en contexte d'IGH. - Si cœlioscopie : prélèvements utérins/abdominaux.
	BU	Indispensable. Sang : plutôt colique néphrétique. Nitrites et Leucocytes : plutôt infection urinaire.
	Échographie Doppler	Examen diagnostique de référence : **Échographie ± doppler** abdominal, des voies urinaires (si hématurie à la BU) et/ou pelvienne par voie endovaginale (sauf chez la patiente vierge) et abdominale (masse volumineuse, épanchement intra-abdominal abondant). - !! **Ne doit pas retarder une prise en charge chirurgicale en urgence.** - **IGH (indispensable) :** épaississement de la paroi tubaire, épanchement intratubaire/intra-abdominal, modification de flux des artères utérines, recherche d'abcès tubo-ovarien. - **Torsion d'annexe :** ovaire augmenté de taille ± arrêt des flux des artères utérines ± kyste ovarien/hydrosalpinx. - **GEU** : vacuité utérine (pour un taux d'hCG > 1500 UI/ml), endomètre épais, sac extra-utérin ± embryon, masse latéro-utérine hétérogène, hémopéritoine, hématosalpynx. - **Rupture hémorragique de kyste** : kyste ovarien avec hémopéritoine. - **Recherche d'appendicite aiguë.**
	TDM abdomino-pelvienne	En 2de intention si doute entre IGH et appendicite aiguë ou en cas de suspicion d'abcès tubo-ovarien compliquant une IGH.
	IRM	IRM si CI au TDM (femme enceinte ++).
	Cœlioscopie	Plus de réelle place diagnostique. Surtout thérapeutique. 4 urgences chirurgicales : GEU symptomatique (possible méthotrexate IM si asymptomatique), rupture de kyste avec hémopéritoine, torsion d'annexe, IGH compliquée avec abcès (+ appendicite).
	Histologie (Biopsie endométriale)	Si doute : . Entre une grossesse arrêtée et une GEU : rechercher des villosités choriales . . IGH : signes histologiques d'endométrite.
PCZ	- 4 diagnostics à évoquer d'emblée : GEU, torsion d'annexe, IGH, appendicite aiguë. - Toujours rechercher des signes de gravités cliniques (instabilité hémodynamique). - Échographie ±Doppler : en première intention devant toute DPA sans retarder une chirurgie urgente.	

DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

= Douleur pelvienne évoluant **depuis > 6 mois ➙ Retentissement** comportemental/social.
- **Cause** digestive, urinaire ou gynécologique (douleur cyclique ou non).
- **Interrogatoire** : recherche d'un caractère cyclique, permanent/intermittent, moment d'apparition dans le cycle (pré/intermenstruel, dysménorrhée), intensité, type de douleurs (pesanteur, tiraillement, picotement, irradiation) :
  - Signes associés (céphalées, lombalgie, diarrhées, constipation, métrorragies, dyspareunies, infertilité).
  - ATCD gynéco, obstétricaux, chirurgicaux, contraception.
  - Retentissement comportemental, social, psychologique.
- **Imagerie** :
  - **Échographie** si suspicion d'endométriose : recherche d'endométriome ovarien, épaississement des ligaments utérosacrés, nodules de la cloison recto-vaginale/paroi vésicale, signes d'adénomyose (utérus globuleux, mur postérieur épaissi, myomètre hétérogène, kyste intra-myométrial, disparition de la jonction endomètre-myomètre).
  - **IRM pelvienne.**

PHYSIOPATH

- **Hypothèse d'ischémie douloureuse** due aux contractions utérines (pendant les règles : activation myométriale par les prostaglandines) et à l'hyperactivité utérine.
- **Hypothèse spasmodique** par retard d'ouverture cervicale : tonus du sphincter cervico-isthmique non-coordonné avec le cycle et chute de progestérone ➙ résistance cervicale à l'évacuation des règles.
- **Hypothèse congestive** : facteurs hormonaux et de stase pelvienne (constipation, faiblesse musculaire pelvienne, varices pelviennes).
- **Rôle des facteurs hormonaux** : hyperœstrogénie relative en 2e partie de cycle, lors de l'ovulation ou chute du taux d'œstrogènes en prémenstruel ➙ congestion et douleurs associées au cycle.
- **Facteurs psychologiques** : place importante mais difficile à évaluer (zone de somatisation), à prendre en compte : importance de l'écoute et d'une attitude bienveillante.

DOULEURS NON-CYCLIQUES ORGANIQUES

IGH chronique/sub aiguë

- Salpingite subaiguë ou chronique (à Chlamydia principalement) : annexes inflammées, adhérences, brides, liquide intra-péritonéal, dystrophie ovarienne polykystique souvent associée.
  - Diagnostic cœlioscopique.
  - TTT : antibiotique, AINS ou drainage si forme compliquée.
- Possible autre infection : vulvo-vaginite, endométrite chronique, infection cervicale subaiguë.

Trouble de la statique pelvienne : Syndrome de Masters et Allen

= Déficit sévère des moyens de fixité de la zone cervico-isthmique de l'utérus (ligaments utéro-sacrés), imputé aux traumatismes obstétricaux (accouchement difficile : forceps, enfant macrosome…)
- Douleur pelvienne basse permanente, sensation de pesanteur, ↗ par la fatigue et la station debout.
- Dyspareunie profonde.
- Examen : mobilité anormale du col par rapport au corps utérin, TV/rétroversion douloureuse.
- TTT = réparation chirurgicale : difficile, à discuter.

Sd de congestion ovarienne

= Absence physiologique de valvules sur les veines du petit bassin : troubles de la circulation, varices pelviennes/ovariennes, varicocèle lombo-ovarien.
- Douleurs ↗ après les grossesses, à la station debout et aux rapports sexuels.

Endométriose pelvienne

- Possibles douleurs non-cycliques, permanentes en toile de fond avec épisodes cycliques douloureux.
- Rétroversion utérine douloureuse par effet de rétraction.

DOULEURS CYCLIQUES

= Douleurs prémenstruelles (**syndrome prémenstruel)**, intermenstruelles, dysménorrhées.

Syndrome intermenstruel

- Douleur pendant la période ovulatoire, peu intense, pendant quelques jours, ± métrorragies.
- Examen clinique rassurant, pas d'EC. Antalgiques simples ± TTT antigonadotrope.

Dysménorrhées

Douleurs pelviennes pendant les règles ± troubles urinaires, digestifs, céphalées, œdème…

Organiques

- **Sténoses cervicales/autres anomalies utéro-vaginales** :
  - Acquises : synéchies (geste endo-utérin), cancer du col, chirurgie cervicale.
  - Congénitales : douleurs cycliques dès la puberté.
  - Douleur aiguë cyclique (crampe/colique spasmodique) pendant les règles.
- **Endométriose** : développement de tissu endométrial en dehors de l'utérus :
  - Localisation utérine (**adénomyose** dans le myomètre), superficielle (péritonéale), ovarienne, pelvienne profonde (sous-péritonéale).
  - **33 %** des femmes ayant des douleurs pelviennes aiguës.
  - **Dysménorrhées sévères** résistant aux antalgiques de palier 1, **dyspareunies** chroniques, douleurs à la défécation pendant les menstruations, SFD/SFU, **infertilité.**
  - **Pas de lien** entre intensité de la douleur et étendue des lésions.
  - Lésions bleuâtres vaginales, nodules des ligaments utérosacrés/du cul-de-sac postérieur, sensibilité du ligament utérosacré, **utérus rétroversé et peu mobile.**
  - **Échographie pelvienne endovaginale** ± IRM pelvienne.
  - **TTT hormonal** induisant une aménorrhée en 1° intention ± chirurgie.

Fonctionnelles

Fréquentes à 20-24 ans puis ↘ avec l'âge.
- Diagnostic d'élimination, psychogène.

Fonctionnelles

- Douleurs séquellaires de la cicatrice d'épisiotomie, atrophie vulvo-vaginale par hypo-œstrogénie (post-ménopause).
- Facteurs psychologiques à chercher/dépister : situations de violence, douleurs psychogènes (possible recrudescence aux menstruations).

<table>
<tr><td rowspan="3">AUTRES</td><td>Douleurs digestives</td><td colspan="2">- Colite, maladie inflammatoire, endométriose digestive, adhérences post-chirurgicales, hémorroïdes/anomalie anorectale.
- Symptômes associés : hémorragie rectale, ténesme, troubles du transit, ballonnement…</td></tr>
<tr><td>Rétroversion utérine</td><td colspan="2">= Malposition utérine souvent banale, réductible (si fixée et irréductible : endométriose).
- Pesanteur à l'effort, douleur à irradiation anale, dyspareunie.</td></tr>
<tr><td>Douleurs rhumatologiques</td><td colspan="2">- Pathologies ostéoarticulaires du bassin/rachis lombaire.
- Douleurs variables selon la position/mobilisation et la percussion de certaines articulations, calmées par le repos, ± névralgies (sciatique, cruralgies).</td></tr>
<tr><td rowspan="11">SYNDROME DE LA DOULEUR VESICALE</td><td colspan="3">- Douleur pelvienne, pression, ou inconfort chronique (> 6 mois) perçus comme étant en relation avec la vessie et accompagnée par au moins une pollakiurie ou une envie mictionnelle permanente.
Souvent latence au diagnostic.</td></tr>
<tr><td>Epidémio</td><td colspan="2">Prévalence : entre 2 et 7 % de la population.
9 femmes pour 1 homme.</td></tr>
<tr><td>Physiopath</td><td colspan="2">- Théorie épithéliale : déficit épithélial en glycosaminoglycanes → ↗ perméabilité à certaines substances inflammatoires (potassium).
- Théorie d'activation des cellules mastocytaires.
- Dérégulation sensitive : sensibilisation spinale et hyper-innervation sensorielle.
- Syndrome fonctionnel somatique.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">EC</td><td>Interrogatoire</td><td>- Pollakiurie par besoin mictionnel permanent et non par urgenturie.
- Douleurs > 6 mois, parfois pression ou inconfort :
• Sus-pubiennes parfois vaginales ou urétrales.
• Soulagées par la miction.
• Non soulagées par antalgiques « classiques », les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les anticholinergiques.
- Existence fréquente d'un facteur déclenchant (infection, chirurgie, traumatisme).
- Dyspareunie (hypersensibilité de la paroi vaginale antérieure).
- Autre syndrome douloureux associé dans 30 %.
- Catalogue Mictionnel indispensable.
- Auto-questionnaires validés (Sant et O'Leary ; PUF).</td></tr>
<tr><td>Examen physique</td><td>Souvent normal.
Parfois hypersensibilité de la paroi vaginale antérieure.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PC
= aucun n'affirme le dg</td><td>ECBU</td><td>Stérile. Leucocyturie fréquente voire hématurie microscopique.</td></tr>
<tr><td>Cystoscopie</td><td>- Normale la plupart du temps.
- Parfois : ulcères de Hünner, hypersensibilité au remplissage.
- Permet d'éliminer des diagnostics différentiels (cancer, calculs…)</td></tr>
<tr><td>Test d'hydrodistension</td><td>- Sous AG.
- Remplissage à 80 cm d'H_20 pendant 3 à 5 minutes : réduction de la capacité vésicale, glomérulations ou pétéchies après vidange.
- Biopsies : élimine un CIS, inflammation de la lamina propria, présence de mastocytes, fibrose intrafasciculaire.
- Soulagement temporaire par l'hydrodistension cervicale.</td></tr>
<tr><td>BUD</td><td>- Besoins mictionnels précoces (petit volume de remplissage).
- Capacité cystométrique maximale réduite.
- Pas d'hyperactivité détrusorienne, pas d'instabilité urétrale.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Cystite bactérienne (ECBU stérile).
- Névralgies pelviennes (non rythmées par la vidange vésicale).
- Syndrome d'hyperactivité vésicale (=pollakiurie + urgenturie ± fuites urinaires).
- Syndrome de la douleur urétrale.
- Vulvodynies et vestibulodynies.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- Uniquement symptomatique.
- Molécules per os : cimétidine 2 x 200 mg ; pentosan polysulfate de sodium (elmiron) 3 x 100 mg ; amitriptyline ; corticoïdes ; cyclosporine A ; sildénafil ; gabapentine.
- Instillations intravésicales : RIMSO ; chondroïtine sulfate ; acide hyaluronique ; BCG.
- Autres : injection de botox ; neuromodulation sacrée ; hypnose…</td></tr>
</table>